

Seguro Siempre a Mano Certificado de Seguro N° XXXX

Código SBS: AE2036100016 Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

Compañía de Seguros	
Nombre: Chubb Seguros Perú S.A	RUC: 20390625007
Dirección: Amador Merino Reyna 267 Piso 4 San Isidro	
Teléfono: 417-5000; Fax 221 294	
Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com	
Página Web: www.chubb.com/pe	

Contratante	
Razón Social o Denominación Social:	
Dirección:	
RUC:	Teléfono:
Correo electrónico:	

Asegurado		
Apellidos y nombres:		
DNI:	Edad:	Sexo:
Dirección:		
Correo electrónico:		
Relación con el contratante:		

Edad mínima y máxima de ingreso:

Mínima: quince (15) años (inclusive)

Máxima: sesenta y cuatro años, 11 meses y 29 días.

Edad límite de permanencia: setenta y cinco (75) años, 11 meses y 29 días. Para la cobertura de Infarto Cardíaco la edad límite de permanencia será en el día que el ASEGURADO cumpla los 64 años de edad.

Beneficiario

El CONTRATANTE, hasta donde sus intereses aparezcan, y de quedar un saldo se pagará al ASEGURADO.

Cobertura del Seguro

Vigencia del seguro: Anual, con renovación automática

Fecha de inicio: las 12 horas del (dd/mm/aaaa)

Fecha de término: Las 12 horas del (dd/mm/aaaa) o al cumplir el ASEGURADO la edad límite de permanencia, lo que ocurra primero.

Prima

Prima Comercial: XXX
Prima Comercial +IGV: XXX
Forma de pago de la prima: XXX
Lugar para el pago: XXX

Periodicidad de Pago : XXXX

TCEA: XX%
Total de cuotas pactadas (de ser el caso): XXXX
Nº de Tarjeta / Cuenta (de ser el caso): XXXX
Banco emisor de la Tarjeta: XXX
Titular de la Tarjeta: XXX

De ser el caso, la cuota mensual se cargará en Soles al tipo de cambio de la fecha de cargo. La prima considera los impuestos vigentes al momento de su emisión. Las cuotas mensuales se calcularán según los impuestos vigentes a la fecha de cargo.

Descripción del Interés Asegurado

Cubrir al ASEGURADO de los riesgos especificados, los que de producirse le podrían impedir cancelar la deuda de su tarjeta de crédito contraída con el CONTRATANTE.

Coberturas y Sumas Aseguradas

- a) Infarto Cardíaco : XXX
- b) Hospitalización por quince (15) o más días a consecuencia de accidente: XXX
- c) Internación en UCI la causa de accidente: XXXX
- d) Invalidez Total y Permanente por accidente: XXX
- e) Desmembramiento por pérdida funcional por accidente: XXX
- f) Fallecimiento accidental del (la) cónyuge/conviviente o del hijo del Asegurado: XXX

Exclusiones

La indemnización de esta póliza no se concederá en los siguientes casos:

- a) **Enfermedades pre-existentes al inicio del seguro.**
- b) **Suicidio**
- c) **Guerra, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, rebelión, insurrección, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.**
- d) **Viaje o Vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero de transporte aéreo comercial.**
- e) **Participación como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas**
- f) **Participación o intervención, directa o indirecta, en actos delictuosos.**
- g) **Uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.**
- h) **Ataques o intromisiones en instalaciones y plantas de almacenamiento que conduzcan a la libertad de radiactividad o de sustancias bélicas atómicas, bacteriológicas o químicas. En particular tampoco se otorga cobertura cuando se**

realizan los ataques o intromisiones nombrados haciendo uso de la tecnología de la información.

- i) **Eventos accidentales ocurridos a consecuencia de la liberación súbita de energía atómica, radiación nuclear o contaminación radioactiva (controlada o no)**
- j) **Epidemias**

Adicionalmente queda establecido que:

Los riesgos Cubiertos de Infarto Cardíaco, Hospitalización por quince (15) o más días cama a consecuencia de accidente, Internación en UCI a causa de accidente, Invalidez Total y Permanente por accidente, Desmembramiento por Pérdida funcional por Accidente y Fallecimiento accidental de (la) cónyuge/conviviente o del hijo del ASEGURADO, son mutuamente excluyentes; es decir, solo uno de ellos será indemnizado por la Compañía, el primero que ocurra.

Quedan excluidos automáticamente del Riesgo Cubierto de Infarto Cardíaco los asegurados con más de setenta y cuatro (64) años de edad. Si cuando supere dicha edad máxima de permanencia el seguro se encuentra vigente, la prima a cobrar se reducirá a fin que ésta contemple solamente las coberturas que estarán vigentes

Consideraciones Importantes

Derecho a resolver el contrato de seguro sin expresión de causa

El ASEGURADO y la COMPAÑÍA tienen derecho a resolver el contrato sin expresión de causa, con un preaviso de 30 días, ver especificaciones en el resumen informativo de la póliza.

Aceptación de cambio de condiciones contractuales, durante la vigencia del contrato

El CONTRATANTE tiene derecho de aceptar o no las modificaciones contractuales propuestas por la COMPAÑÍA durante la vigencia del contrato de seguro. Ver especificaciones en el resumen informativo.

Aviso del siniestro y Procedimiento para Solicitar la cobertura

En caso de siniestro, el beneficiario deberá efectuar lo siguiente:

Aviso del siniestro: Dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la Póliza, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario desde que se tiene conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, o después de dicho plazo, tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

Documentos: Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada), en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

En caso de Infarto Cardíaco:

- a) Informe médico y pruebas clínicas que sustenten la ocurrencia del Infarto Cardíaco.
- b) Documento de Identidad del Asegurado.
- c) Estado de cuenta del crédito.

En caso de Hospitalización por quince (15) o más días a consecuencia de accidente:

- a) Certificado del médico tratante indicando la naturaleza de las lesiones, la causa del accidente (si es que se indicara), la fecha y hora de hospitalización y alta del paciente;
- b) Documento de Identidad del ASEGURADO.

- c) Estado de cuenta del Crédito.

En caso de Internación en UCI por accidente:

- a) Certificado del médico jefe de la UCI indicando la naturaleza de las lesiones, la causa del accidente (si es que se indicara), la fecha y hora de su internación en dicha unidad de cuidados intensivos y alta del paciente;
- b) Documento de Identidad del ASEGURADO.
- c) Estado de Cuenta del Crédito.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- a) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al ASEGURADO expresando las causas del accidente (si es que se indicara) y sus consecuencias conocidas o probables;
- b) Certificado médico con diagnóstico, emitido por el Instituto Nacional de Rehabilitación del Ministerio de Salud o entidad legal que la sustituya, en el cual se declare la condición de Invalidez Total y Permanente;
- c) Documento de identidad del ASEGURADO.
- d) Estado de Cuenta del Crédito.

En caso de Desmembramiento por pérdida funcional por Accidente:

- a) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al ASEGURADO expresando las causas del accidente (si es que se indicara) y sus consecuencias conocidas o probables;
- b) Certificado médico con diagnóstico, emitido por el Instituto Nacional de Rehabilitación del Ministerio de Salud o entidad legal que la sustituya, en el cual se declare el tipo de pérdida funcional sufrida por el ASEGURADO;
- c) Documento de Identidad del ASEGURADO.
- d) Estado de Cuenta del Crédito.

En caso de Muerte Accidental del (la) cónyuge/conviviente o hijo del ASEGURADO.

- a) Acta o Partida de Defunción.
- b) Atestado Policial, en caso corresponda;
- c) Protocolo de Necropsia, en caso corresponda;
- d) Partida de Nacimiento del hijo del ASEGURADO, en caso corresponda;
- e) Partida de Matrimonio del (la) cónyuge, en caso corresponda;
- f) Declaración Judicial o Notarial de Reconocimiento de Unión de Hecho (Convivencia), en caso corresponda;
- g) Documento de Identidad del (la) cónyuge/conviviente, en caso corresponda;
- h) Documento de Identidad del ASEGURADO;
- i) Estado de Cuenta del Crédito.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a las disposiciones legales vigentes.

El presente seguro no obliga a la COMPAÑÍA a efectuar el pago si, de manera deliberada, no se permite el libre acceso a los médicos u otros funcionarios autorizados por la COMPAÑÍA al lugar donde se encuentre el cuerpo del ASEGURADO, en caso sea necesario para la evaluación de la Solicitud de Cobertura; salvo que dicho impedimento provenga de una orden de autoridad competente en ejercicio de sus funciones.

Información Adicional

Medio y Plazo establecido para el aviso del siniestro:

Se señala en el procedimiento para solicitar la cobertura, arriba indicado

Lugares autorizados para solicitar la cobertura:

La COMPAÑÍA (sede principal - ver datos en la primera página)

Medios habilitados para presentar reclamos:

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO puede hacer consultas o presentar reclamos por los servicios prestados de forma verbal o escrita, a través de los mecanismos que a continuación se detallan:

- a. En forma verbal o por escrito (carta simple) en la oficina principal de la COMPAÑÍA ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 – San Isidro. Telf. (51-1) 417-5000 Fax (51-1) 422-7174.
- b. Escribiendo a: atencion.seguros@chubb.com o ingresando a nuestro formulario web de Atención de Consultas y Reclamos que se encuentra en la siguiente dirección <http://www.chubb.com/pe> opción “Contáctenos” – “Solicitud Electrónica”.
- c. Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente al teléfono 399-1212

En los tres mecanismos señalados, como requisito previo para atender el reclamo, se deberá presentar la siguiente información:

- Nombre completo del usuario reclamante.
- Fecha de reclamo.
- Motivo de reclamo.
- Tipo de Seguro, Número de Póliza y/o Certificado de Seguro
- Detalle del reclamo

El reclamo será atendido en un plazo que no debe exceder los treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

Horario de atención: Lunes a Viernes de 9:00 am a 6:00 pm.

Instancias habilitadas para reclamos y/o denuncias (ver información de detalle en el Resumen informativo)

- Defensoría del Asegurado Telefax: 01 421-0614
- Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones: Teléfono 630 9005,
- INDECOPI: Teléfono 224 7777

Importante

1. La información contenida en este Certificado de Seguro es a título parcial, la cual se complementa con la información contenida en las Condiciones Generales y en las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.
2. El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de póliza del seguro de grupo o colectivo de la COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.

Cargas

- **El presente producto presenta obligaciones a cargo del ASEGURADO cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.**

- **Dentro de la vigencia del contrato de seguro el ASEGURADO se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.**

FECHA

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE Chubb Seguros Perú